



ПОСЕБНИ УСЛОВИ

ЗА ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Опште одредбе

Члан 1.

Посебним условима за добровољно здравствено осигурање (у даљем тексту: Посебни услови) Компаније "Дунав осигурање" а.д.о. (у даљем тексту: Осигуравач) регулишу се начин закључивања Уговора о комбинованом добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: Уговор о осигурању), осигурани ризици, обим покрића, ограничења обавезе Осигуравача као и други услови од значаја за спровођење овог осигурања.

Општи услови добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Општи услови) и Посебни услови саставни су део закљученог Уговора о осигурању.

Поједини појмови у Посебним условима имају следеће значење:

Осигураник је физичко лице, које је закључило Уговор о осигурању, или за које је закључен уговор о осигурању са Осигуравачем, за које је плаћена премија осигурања и које користи права утврђена Уговором о осигурању;

Контакт центар је центар Осигуравача који координира између осигураника и даваоца здравствене услуге у остваривању права из Уговора о осигурању,

Давалац здравствене услуге (у даљем тексту: здравствена установа) је правно лице које обавља здравствену делатност и које је добило дозволу од Министарства надлежног за послове здравља за обављање здравствене делатности у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење овог закона.

Хитна здравствена заштита је здравствена заштита која се пружа у ситуацији у којој је угрожен живот Осигураника, односно узроковано непоправљиво или озбиљно слабљење или оштећење здравља Осигураника и која би, без неодложног медицинског третмана, могла довести до преране смрти или озбиљне повреде Осигураника.

Овлашћени лекар је доктор медицине односно лекар одговарајуће специјалности, коме је Лекарска комора дала лиценцу за рад (у даљем тексту: овлашћени лекар).

Патронажна нега је кућна нега коју пружају квалификоване медицинске сестре, одмах након болничког третмана, по писаном извештају и налогу овлашћеног лекара који потврђује неопходност спровођења исте у дому осигураног лица.

СТИЦАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

Члан 2.

Статус осигураника у смислу ових Посебних услова стиче лице које је наведено у полиси или пратећем списку уз полису које је платило уговорену премију осигурања (у даљем тексту: премија) или за кога је плаћена уговорена премија.

Статус осигураника у смислу ових Посебних услова може да стекне лице које има својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању, као и лице које није обухваћено обавезним здравственим осигурањем или се није укључило у обавезно здравствено осигурање.

Осигураник може истовремено бити и Уговарач.

Уколико Уговор о осигурању обухвата више лица, својство Осигураника има свако лице које се налази на списку осигураника, који је саставни део Уговора о осигурању, и ако је за то лице плаћена премија осигурања, сходно Уговору о осигурању.

Осигураник, у смислу Посебних услова, може бити и члан породице Осигураника, односно супружник или ванбрачни партнер Осигураника, као и биолошка и усвојена деца Осигураника до њихове 18 године живота. У том случају чланови породице Осигураника морају имати исте осигуране суме и исто трајање осигурање као Осигураник.

Након ступања на снагу Уговора о осигурању, Уговарач осигурања може да укључи у Уговор о осигурању новозапослено лице, члана породице Осигураника у смислу претходног става овог члана, уколико се за:

- новозапослено лице Осигуравачу достави потврда о пријему тог лица у радни однос која садржи податке који доказују да је то лице стекло својство запосленог код Уговарача осигурања након почетка трајања Уговора о осигурању.

- супружника или ванбрачног партнера Осигуравачу достави извод из матичне књиге венчаних којим се доказује да је брачни друг стекао то својство након почетка Уговора о осигурању, односно достави документацију којом се доказује пријава пребивалишта, односно боравашта на адреси Осигураника у случају ванбрачне заједнице;

- новорођено дете Осигураника Осигуравачу достави извод из матичне књиге рођених којим се доказује да је дете рођено након почетка трајања Уговора о осигурању или Решење о усвојењу, добијено од Центра за социјални рад, као доказ да је дете усвојено након почетка Уговора о осигурању. Новорођено или усвојено дете може се укључити у већ закључени Уговор о осигурању уз услов да је, уколико је то Уговором предвиђено, Осигураник и сву своју претходну децу укључио у осигуравајуће покриће.

Лица потпуно лишена пословне способности не могу се осигурати по Посебним условима.

Закључење Уговора о осигурању

Члан 3.

Уговор о осигурању се закључује на основу претходне писане понуде, на образцу осигуравача, и која садржи податке о сваком осигураном лицу које ће бити обухваћено Уговором о осигурању.

Осигуравач је дужан, да након прихватања понуде, Осигуранику изда полису осигурања. Сматра се да је Уговор о осигурању закључен ако је плаћена премија осигурања и ако је издата полиса осигурања.

Полиса осигурања није преносива и користи се уз одговарајућу идентификациону исправу.

Својим потписом Осигураник, односно Уговарач потврђује прихватање Општих и Посебних услова који су саставни део закљученог Уговора о осигурању.

Уговор мора бити закључен на територији Републике Србије.

Осигуравајуће покриће и осигурани случај

Члан 4.

Осигуравајуће покриће подразумева уговорено основно осигуравајуће покриће.



Осигурани случај, у смислу осигуравајућег покрића дефинисаног Посебним условима, је будући неизвесан и од воље осигураника независан догађај, када је Осигуранику услед болести или повреде, пружена медицински оправдана здравствена услуга, а која је предмет Уговора о осигурању и чије трошкове је потребно измирити здравственој установи, приватној пракси, другом даваоцу здравствених услуга или Осигуранику.

Болест или повреда из става 2. овог члана, мора бити дијагностикована од стране лекара коме је издата лиценца за рад (у даљем тексту: овлашћени лекар), као изненадно и неочекивано обољење, инфективна болест, органски поремећај или повреда која је први пут настала у току уговореног периода осигурања.

Уз основно осигуравајуће покриће може се уговорити и проширење осигуравајућег покрића, уз плаћање додатне премије осигурања.

Осигурани случај, у смислу уговореног проширења осигуравајућег покрића дефинисаног Посебним условима, је случај због којег се пружа здравствена заштита трудницама, породилмама и новорођенчади, а по основу којег осигурано лице има право на накнаду трошкова здравствених услуга које су пружене у болничким или ванболничким условима, максимално до уговорене суме осигурања и лимита дефинисаног одредбама Посебних услова и Уговора о осигурању.

Ниво покрића одређен је одредбама ових услова, уговореном осигураном сумом наведеном у Уговору о осигурању или полиси и појединачним лимитима дефинисаним овим условима.

Изузетно, Осигуравач може на захтев Уговарача осигурања да прихвати да изврши избор обима здравствених услуга, специфицираних искључења обавеза осигуравача, као и висине лимита утврђених Условима, у складу са пословним актом Осигуравача.

У оквиру основног осигуравајућег покрића приликом закључења уговора, у смислу Посебних услова, Уговарач може у складу са потребом Осигураника и сврхом његовог боравка уговорити осигуравајуће покриће за осигуране случајеве повреда или болести насталих услед:

- аматерског и рекреативног бављења спортом, укључујући аматерско и рекреативно бављење скијањем, уз искључење опасних спортова у складу са чланом 9. став 1. тачка 11) Посебних услова,
- аматерског или рекреативног учествовања на спортским такмичењима и тренинзима, уз искључење опасних спортова у складу са чланом 9. став 1. тачка 11) Посебних услова,
- обављања плаћених професионалних активности и послова, за време привременог боравка страних држављана у Републици Србији, у ком случају Осигуравач овакав боравак сматра привременим радом.

Уговарач осигурања, односно Осигураник у обавези је да за уговорено осигуравајуће покриће плати увећану премију осигурања.

Уколико је болест или повреда настала пре почетка Уговора о осигурању, а лечење се наставља и након почетка осигуравајућег покрића, Осигуравач није у обавези да сноси настале трошкове тог лечења.

Територијално важење

Члан 5.

Уговорено осигуравајуће покриће важи на територији Републике Србије.

Изузетно од става 1. овог члана, Осигуравач може проширити осигуравајуће покриће на територију Црне Горе, при чему је Уговарач осигурања дужан да плати додатну премију осигурања и то само уколико је уговарач осигурања послодавац који уговара осигурање за своје запослене. Трајање осигурања

Члан 6.

Уговор о осигурању закључује се на одређено време. Осигурање се може закључити са максималним периодом трајања од годину дана, са могућношћу продужења Уговора о осигурању.

Осигурање почиње у 24:00 часа дана који је у полиси осигурања наведен као дан почетка Уговора о осигурању, ако је до тада у целости плаћена премија осигурања.

Осигурање престаје у 24:00 часа дана који је у полиси осигурања наведен као дан истека осигурања.

Изузетно од одредаба из ставова 3. и 4. овог члана, Осигурање за:

- лица пријављена у осигурање у току трајања Уговора о осигурању у складу са чланом 2. став 4. Посебних услова, почиње истеком 24:00 часа дана када је Осигуравач примио писану пријаву Уговарача осигурања, или након тога ако је то у пријави изричито наведено, али никако пре него што је за њих плаћена припадајућа премија осигурања. Осигурање за ова лица престаје у 24:00 часа дана који је у полиси осигурања наведен као дан истека осигурања;

- осигуранике одјављене из осигурања у току трајања Уговора о осигурању, престаје у 24:00 часа дана када је осигуравач примио писану одјаву Уговарача, односно након тога, ако је то у одјави наведено.

За уговорено проширење покрића у складу са Посебним условима, период чекања -каренца (у даљем тексту: каренца) износи (4) четири месеца, односно уколико трудноћа настане пре или у оквиру причекног рока, Осигуравач нема обавезу покрића трошкова здравствене заштите трудница, порођаја и трошкова здравствене заштите новорођеног детета. Одредбе овог става примењују се и за лица пријављена у осигурање у току трајања Уговора о осигурању у складу са чланом 2. став 4. Посебних услова.

Каренца се не примењује код лица са осигурањем у континуитету, тј. не односи се на индивидуално и породично осигурање лица која су претходном полисом стекла својство осигураног лица према Посебним условима и за које је већ протекла каренца у периоду трајања претходне полисе, као ни за колективно осигурање лица која су претходном полисом добровољног здравственог осигурања стекла својство осигураног лица по Посебним условима или код другог осигуравача.

Уколико за одређено осигурано лице каренца није у потпуности истекла у периоду трајања претходне полисе, преостали период претходне каренце преноси се на наредни период осигурања по новој или замењеној полиси.

Плаћање премије

Члан 7.

Премија осигурања обрачунава се према важећој Тарифи Осигуравача.

Уговарач односно осигураник дужан је да Осигуравачу плаћа премију уредно о доспелости, у роковима утврђеним Уговором о осигурању, односно полисом.

Уколико је Уговарач осигурања односно Осигураник физичко лице, страни држављанин који поседује дозволу о привременом боравку у Републици Србији, дужан је да плати премију унапред и у целости при закључивању Уговора о осигурању.



Обавезе осигуравача

Члан 8.

Осигуравач је у обавези да накнади настале трошкове само ако су они настали за време трајања Уговора о осигурању. Осигуравач је одговоран за настале трошкове по закљученом осигурању из става 1. овог члана само на територији Републике Србије.

За уговорено основно покриће Осигуравач је обавезан да накнади следеће:

- 1) Трошкове неопходног лечења Осигураника како би се избегло његово довођење у животну опасност, односно непоправљиво или озбиљно слабљење или оштећење његовог здравља или смрт, и то:
 - 1.1. амбулантног лечења,
 - 1.2. куповине лекова прописаних од стране овлашћеног лекара уз медицинско образложење, максимално до 500 евра за уговорени период покрића по осигураном лицу,
 - 1.3. куповине санитарског материјала неопходног за санирање повреда,
 - 1.4. набавке привремених ортопедских помагала прописаних од стране овлашћеног лекара одговарајуће специјалности и која су неопходни део медицинске услуге за повреде екстремитета,
 - 1.5. обављених дијагностичких процедура које су неопходне и прописане од стране лекара, а везане су за стања која су последица насталог осигураног случаја,
 - 1.6. лечења у здравственој установи секундарног или терцијарног нивоа здравствене заштите која се налази у месту боравка Осигураника или, ако таква здравствена установа не постоји у месту боравка Осигураника, у најближој здравственој установи,
 - 1.7. лечења у специјализованој клиници, уколико је то неопходно и медицински индиковано,
 - 1.8. пружања здравствене заштите која је потребна због последица насталог осигураног случаја (укључујући хируршке интервенције и пратеће трошкове једног контролног прегледа у вези са насталим осигураним случајем),
 - 1.9. стоматолошког лечења до износа од максимално 250 евра за уговорени период покрића, али само ради спречавања акутног бола и неопходних функционалних поправки протетичких помагала,
 - 1.10. физикалну ванболничку терапију до износа од максимално 300 евра за уговорени период покрића,
 - 1.11. психијатриског лечења у здравственој установи терцијарног нивоа здравствене заштите до износа од максимално 500 евра за уговорени период покрића,
 - 1.12. хомеопатија и акупунктура до износа од максимално 100 евра за уговорени период покрића,
 - 1.13. патронажне неге уколико су такви трошкови неопходни и искључиво се односе на негу коју могу да пруже само квалификоване медицинске сестре до износа од максимално 500 евра за уговорени период покрића,

уколико је Осигураник физичко лице, страни држављанин на привременом боравку у Републици Србији Осигуравач ће накнадити трошкове неопходног лечења Осигураника предвиђене ставом 3. тачка 1) овог члана које се не може одложити до повратка Осигураника у земљу пребивалишта.

Трајање болничког лечења лимитирано је на 30 (тридесет) дана у току године.

2) Трошкове неопходног превоза:

2.1. осигураника до здравствене установе, у случају медицински нужног транспорта у здравствену установу,

2.2. осигураника од здравствене установе до места боравка Осигураника, у случају медицински нужног транспорта,

Уколико је уз основно уговорено и проширење покрића и плаћена додатна премија осигурања, Осигуравач је обавезан да накнади:

- 1) Трошкове здравствене заштите трудница за:
 - 1.1. укупно десет гинеколошких или ултразвучних прегледа у току трудноће, а максимално до 65 евра по прегледу,
 - 1.2. један ултразвучни преглед (3-Д, 4-Д) у току трудноће учињен од стране лекара одговарајуће више стручне специјалности максимално до 85 евра по прегледу,
 - 1.3. случај високоризичне трудноће, или компликација, Осигуравач ће размотрити додатни ултразвук на основу образложеног документованог мишљења овлашћеног лекара о медицинској неопходности а максимално до 65 евра по прегледу,
 - 1.4. једну биохемијску пренаталну дијагностику, максимално до 250 евра за цео период трудноће,
 - 1.5. пренаталне витамине, који су покривени уколико их је прописао овлашћени лекар, максимално до 80 евра за цео период трудноће.
- 2) Трошкове порођаја за:
 - 2.1. природни, максимално до 1.500 евра за уговорени период осигурања,
 - 2.2. медицински индикован царски рез, максимално до 1.500 евра за уговорени период осигурања,
 - 2.3. коришћење епидурала, максимално до 100 евра,
 - 2.4. присуство оца на порођају, максимално до 70 евра,
 - 2.5. апартман за мајку и бебу, максимално до 80 евра по болничком дану.
- 3) Трошкови здравствене заштите новорођеног детета за:
 - 3.1. првих месец дана од дана рођења детета и без писаног обавештења Осигуравача, максимално до 1.000 евра укупно за све настале трошкове неопходних здравствених услуга,
 - 3.2. патронажну негу коју пружају квалификовани медицински техничари (бабице), а најдуже до првог месеца живота новорођенчета, по препоруци овлашћеног лекара до максималног износа трошкова до 200 евра за све посете укупно.
 - 3.3. Након навршених месец дана живота новоређеног детета Осигуравач није у обавези да плати било које трошкове здравствене заштите, уколико Уговарач осигурања није извршио писану пријаву којом је пријавио дете у осигурање и платио додатну премију. За новорођену децу која су писаном пријавом Уговарача укључена у осигурање, у складу са одредбама члана 2. став 4. алинеја 3. Посебних услова, Осигуравач уз основно покриће обезбеђује и:
 - 3.4. девет посета овлашћеном лекару (редовне прегледе и вакцинацију беба), максимално до 15 евра по прегледу и 30 евра по вакцини. Наведено покриће се примењује у прва 24 месеца живота новорођеног детета тако што се једном уговорено покриће преноси у обновљене полисе и важи све до навршења друге године живота детета.

Осигуравач ће омогућити Осигуранику коришћење здравствених услуга код изабраног даваоца здравствене услуге из мреже здравствених установа са којима Осигуравач има закључен уговор о пословној сарадњи, у време уговореног трајања осигурања и по уговореном нивоу покрића у складу са Посебним условима.

Осигуравач је обавезан да ажурира и учини доступним списак здравствених установа на својој интернет страни.



По позиву Осигураника Контакт центар Осигураваача врши проверу обима и висине покрића и заказује одређену здравствену услугу у изабраној здравственој установи.

Осигураваач ће Осигуранику рефундирати трошкове пружених здравствених услуга, по уговореном нивоу покрића у складу са Посебним условима, по достављеном захтеву за накнаду трошкова, уколико је Осигураник:

- користио и платио здравствене услуге у здравственој установи са којом Осигураваач нема закључен уговор о пословној сарадњи, или,
- када је, из било ког разлога, платио услугу у здравственој установи са којом Осигураваач има закључен уговор о пословној сарадњи.

Искључење обавезе осигураваача

Члан 9.

Обавеза Осигураваача искључена је за следеће случајеве:

- 1) хроничне, повратне болести које су постојале у моменту закључења и/или почетка осигурања,
- 2) за болести које су лечене у последњих шест месеци пре почетка осигурања,
- 3) за било коју здравствену услугу или лек за који се знало да је потребан или се потреба за тим леком наставља након закључења уговора о осигурању по овим Условима,
- 4) за трошкове који прелазе општи ниво трошкова за сличну или упоредиву здравствену заштиту (по мишљењу стручног тима Осигураваача, у месту где су трошкови настали),
- 5) за трошкове било које здравствене услуге која се може, без ризика, одложити до планираног повратка у земљу пребивалишта, уколико је осигураник страни држављанин на привременом боравку у Републици Србији,
- 6) за повреде и болести које су последица ратова, унутрашњих немира, побуна, тероризма и слично,
- 7) за повреде и болести које су последица епидемије,
- 8) за повреде и болести које настану као последица елементарних и природних непогода,
- 9) за сва погоршања здравственог стања изазвана јонизујућим зрачењем (нуклеарна радијација),
- 10) за повреде и болести које су последица покушаја самоубиства или намерног самоповређивања,
- 11) за спортске ризике професионалног, аматерског или рекреативног бављења опасним (екстремним) спортовима као што су: лов, картинг, акробације, street board, акробације на ролерима, роњење, алпинизам, планинарење, руковање пиротехничких средстава, ватрометом, муницијом и експлозивима, скијашки скокови, вожња бобом, акробатско скијање, аутомобилске и мотоциклистичке трке, летење на змајевима, падобрански скокови, параглајдинг, bungee jumping, rafting, inlineskating, клизање на леду, хокеј, скијање на води, једрење, вожња воденим скутерима и слично,
- 12) за повреде и болести које су настала као последица извршења или учествовања у кривичном делу,
- 13) за повреде и болести које су настале као последице конзумирања алкохола (присуство алкохола веће од 0,3‰ тј. 6,48 ммол/л) или зависности (алкохол, дрога, лекови и сл),
- 14) за повреде и болести настале због својевољног излагања опасностима (осим у случају спасавања нечијег живота, али не и за учествовање у потрагама),
- 15) за отклањање физичких мана или аномалија (козметичко-естетски третман), при медицинским истраживањима или здравственим услугама које нису у вези с насталим осигураним случајем,
- 16) третмани смањења телесне тежине или програм смањења телесне тежине операцијом уградње гастричког

балона, нутриционистичким саветима, обуком у вези са исхраном,

- 17) при примени експерименталних медицинских метода или метода које се користе у сврху истраживања,
- 18) за трошкове настале у вези са одмором или опоравком у специјализованој болници за медицинску рехабилитацију, односно санаторијуму или сличним установама,
- 19) при психоаналитичком или психотерапијском ванболничком третману,
- 20) за медицинске контроле током трудноће осим уколико је полисом осигурања уговорено проширење покрића из члана 8. став 4. тачка 1. Посебних услова,
- 21) за трошкове у вези са порођајем, изузев уколико је уговорено проширење покрића предвиђено чланом 8. став 4. тачка 2. Посебних услова ово искључење се не примењује,
- 22) за самовољни прекид трудноће без медицинских разлога,
- 23) за вештачку оплодњу или лечење стерилитета или трошкове контрацепције,
- 24) за хируршке захвате промене пола,
- 25) за рехабилитацију и физиотерапију или трошкове протетичких апарата, осим за физикалну ванболничку терапију до лимита из члана 8. став 3. тачка 1. подтачка 1.10. Посебних услова,
- 26) за стоматолошке услуге дефинитивног зубног лечења, ортопедије вилице (осим у случају незгоде), ортодоније, параденталног лечења, одстрањивања каменца, лечење корена зуба, замене зуба, израде зубне протезе и мостова (репарације или поправке), осим неопходне стоматолошке помоћи ради отклањања акутног бола и неопходне функционалне поправке протетичких помагала до лимита из члана 8. став 3. тачка 1. подтачка 1.9. Посебних услова,
- 27) за болести или повреде настале за време спортских или других такмичења осим уколико је уговорен и плаћен доплатак за спортски ризик за аматерско и рекреативно бављење спортом,
- 28) за болести или повреде које произилазе из учествовања у тучи (осим у случају самоодбране),
- 29) за све здравствене услуге које нису прописане односно спроведене од стране овлашћеног лекара,
- 30) за смештај у једнокреветну или приватну собу у болници, осим уколико медицински тим сматра да је то неопходно или ако то није предвиђено као проширење покрића у складу са чланом 8. став 4. тачка 2. подтачка 2.5. Посебних услова,
- 31) у случају одбијања Осигураника да се придржава инструкције коју добије од медицинског тима или одбијања датума, врсте и начина превоза коју одреди Осигураваач након консултација са лекаром или медицинском установом која лечи Осигураника,
- 32) за набавку, поправку и коришћење очних помагала и протетичких помагала било које врсте,
- 33) за набавку лекова које није прописао овлашћени лекар,
- 34) у случају да Осигураник одбије да лекара и медицински тим који је поставио дијагнозу ослободи обавезе чувања медицинске тајне и тиме онемогући Осигураваача да прибави неопходне информације,
- 35) за било какве трошкове настале као последица синдрома стечене имунодефицијенције (АИДС), или било ког стања или обољења везаног за АИДС и венеричне болести,
- 36) за трошкове превентивног вакцинисања осим за новорођено дете на начин предвиђен чланом 8. ст. 4. и 5. Посебних услова,
- 37) за накнаду здравствених трошкова за које ће постојати право на накнаду по основу неког другог уговора или права,



38) за било које друге трошкове који нису наведени у члану 8. Посебних услова.

Обавезе Осигуравача је искључена за тач.1) до 3) овог члана, осим уколико медицинска помоћ, укључује непредвиђене хитне мере за спасавање живота или мере искључиво предузете за олакшавање акутних болова. Искључене су све обавезе Осигуравача ако је Осигураник односно Уговарач осигурања дао нетачне податке или ако постоји намера преваре или злоупотребе.

Обавезе осигураника

Члан 10.

Приликом закључења уговора о осигурању, Осигураник односно Уговарач у обавези је да:

- уколико је страни држављанин пријави односно наведе сврху боравка у Републици Србији, као и да пружи друге доказе и податке неопходне за обрачун премије осигурања и издавање полисе осигурања,
- ђаци и студенти, лица на специјализацији, обуци и пракси, обавезни су да приложе фотокопију потврде о упису у школу односно уверење факултета о упису и студирању, установе у којој су на специјализацији или обављају праксу о истом,
- плати увећану премију осигурања у свим случајевима предвиђеним Тарифом Осигуравача.

Када настане осигурани случај, Осигураник је обавезан да:

- позове Контакт центар Осигуравача и пружи неопходне идентификационе податке (име и презиме, адресу боравка, број телефона, врсту болести или незгоде) и податке из полисе осигурања (број полисе), ради остваривања права из закљученог уговора о осигурању, као и да прихвати лечење у здравственој установи у коју га упути Осигуравач,
- омогући увид у полису односно исправу осигурања лекару у здравственој установи унутар мреже са којом Осигуравач има закључен уговор о пословној сарадњи и који га је примио на неопходно лечење,
- омогући увид у полису односно исправу осигурања лекару у здравственој установи ван мреже са којом Осигуравач има закључен уговор о пословној сарадњи и који га је примио на неопходно лечење у циљу омогућавања комуникације здравствене установе и Осигуравача,
- у року од месец дана од дана завршетка лечења, поднесе захтев за накнаду трошкова. У супротном, Осигуравач није у обавези да сноси увећане трошкове,
- Осигуравачу пружи све потребне информације и доказну документацију у вези са насталим осигураним случајем, ради утврђивања постојања и обима обавезе,
- овласти лекаре и здравствене установе да у вези са насталим осигураним случајем, на захтев Осигуравача, пруже све неопходне информације у вези с његовим лечењем,
- овласти лекаре и здравствене установе код којих се лечи у земљи пребивалишта, да у вези са насталим осигураним случајем, а на захтев Осигуравача, пруже све неопходне информације у вези с његовим претходним здравственим стањем,
- прихвати услове и начин превоза из члана 8. став 3. тачка 2. Посебних услова које одреди Осигуравач,
- по потреби обави преглед код лекара кога одреди Осигуравач, како би се утврдиле околности од значаја за основ и висину обавезе из Уговора о осигурању,
- сам плати трошкове здравствених услуга остварених у здравственој установи са којом Осигуравач

нема закључен уговор о пословној сарадњи, као и у случају коришћења здравствене заштите у здравственој установи унутар мреже здравствених установа са којима Осигуравач има закључен уговор о пословној сарадњи, али без претходног договора са Контакт центром Осигуравача.

Уколико због здравственог стања Осигураник није у могућности да одмах поступи на начин из става 2. алинеја 1. овог члана, учиниће то чим му здравствено стање дозволи. Ову обавезу, уместо Осигураника, може извршити друго лице (сродник, сапутник, здравствена установа која је примила Осигураника и слично).

Ликвидација обавезе

Члан 11.

У поступку ликвидације обавезе Осигуравач ће:

- 1) када се оствари осигурани случај и Осигураник поступи у складу са чланом 10. Посебних услова, ликвидацију обавезе, осим трошкова наведених у члану 10. став 2. алинеја 8. Посебних услова, извршити на рачун здравствене установе која пружила здравствену услугу Осигураннику.
 - 2) када се оствари осигурани случај на начин предвиђен чланом 10. став 2. алинеја 8. Посебних услова, о праву на накнаду трошкова одлучити након достављања потребне документације која је у вези са насталим осигураним случајем и одобрену накнаду исплатити Осигураннику.
- Ради остваривања права на накнаду штете Осигураник је обавезан да Осигуравачу достави следеће:
- оригинал полисе осигурања или исправу о осигурању,
 - званични извештај полиције о настанку и врсти несрећног случаја (незгоде) ако је повреда Осигураника последица истог,
 - комплетну оригиналну медицинску документацију у вези са насталим осигураним случајем са извештајем лекара који садржи дијагнозу болести или повреде,
 - оригиналне рачуне за медицинске услуге,
 - оригиналне рачуне за куповину лекова,
 - оригиналне рачуне за стоматолошке услуге,
 - оригинални рачун за путне трошкове од здравствене установе до места боравка осигураника, уколико је такав трошак покривен Уговором о осигурању,
 - контакт-телефон Осигураника,
 - другу документацију у вези са насталим осигураним случајем коју захтева Осигуравач, а која је неопходна за утврђивање права на накнаду и обрачун штете.

Рачуни за извршене медицинске услуге морају да садрже:

- име и презиме Осигураника,
- дијагнозу болести или повреде,
- спецификацију трошкова лечења и датум пружене здравствене услуге, као и њихову цену.

Рачуни за купљене прописане лекове морају да садрже:

- име и презиме Осигураника,
- јасно видљив назив лека,
- цену и датум куповине лека.

Рачуни за стоматолошке услуге морају да садрже:

- име и презиме Осигураника,
- спецификацију пружених услуга и њихову цену.

Рачуни за трошкове превоза морају да садрже:

- име и презиме Осигураника,
- време превоза,
- тачну релацију извршеног превоза,
- цену превоза.

Сви рачуни наведени у овом члану морају бити оверени печатом и потписом од стране овлашћеног лекара или



фармацеута. На свим рачунима мора бити евидентиран датум издавања.

Уговорена осигурана сума наведена на Уговору о осигурању представљају горњу границу обавезе Осигуравача по осигураном лицу за уговорени период осигурања.

Појединачни лимити за уговорено основно и проширено покриће садржани су у уговореној осигураној суми и не повећавају максималну обавезу осигуравача утврђену уговореном осигураном сумом, наведену у закљученом Уговору о осигурању.

Ако су трошкови проистекли настанком осигураног случаја мањи од наведених максималних лимита предвиђених Уговором осигурања, Осигураник нема право на исплату разлике.

Уколико је Осигураник страни држављанин који се:

- у тренутку ликвидације штете налази у Републици Србији, исплата штете врши се у динарима на текући рачун Осигураника или овлашћеног лица,

- у тренутку ликвидације штете налази у било којој другој земљи, осим у Републици Србији, накнада штете исплаћује се Осигураннику у еврима по средњем курсу Народне банке Србије, на дан ликвидације штете. Исплата се у овом случају врши на девизни рачун Осигураника или овлашћеног лица који мора бити отворен у Републици Србији.

Отказ осигурања

Члан 12.

Осигурање се може отказати пре датума почетка периода осигурања, с правом на поврат уплаћене премије Осигураннику из следећих разлога:

- 1) уколико страни држављанин не добије дозволе за привремени боравак у Републици Србији (као доказ, Осигураник прилаже потврду о одбијању издавања дозволе за привремени боравак у Републици Србији и путну исправу на увид),
- 2) уколико страни држављанин напусти територију Републике Србије пре почетка периода осигурања,
- 3) смрти Осигураника (доказ - потврду о смрти може доставити сродник, сапутник или било које друго лице),
- 4) уколико Осигураннику престане радни однос, односно чланство код Уговарача осигурања или престане својство корисника услуга Уговарача осигурања које је био основ за стицање својства осигураног лица, у ком случају престанком осигурања Осигураника престаје и осигурање чланова породице Осигураника без обзира на разлог престанка осигурања Осигураника.

У случају отказа из става 1. овог члана, Осигураник или друго овлашћено лице, обавезно је да уз писани захтев за отказ осигурања са захтевом за поврат премије достави Осигуравачу сву потребну документацију.

Након утврђивања права Осигураника из става 1. овог члана, Осигуравач је дужан да, у року од 14 дана од дана утврђивања права, врати Осигураннику или овлашћеном лицу износ уплаћене премије, умањен за 10 процената, на име трошкова.

Суброгација

Члан 13.

Сва права Осигураника према лицу које је по било ком основу одговорно за наступање осигураног случаја прелазе на Осигуравача у складу са законом до висине износа

исплаћене накнаде, без прибављања посебне сагласности Осигураника.

Ради остваривања Осигуравачевог потраживања, по основу права која су прешла на њега у смислу става 1. овог члана, Осигураник је обавезан да Осигуравачу обезбеди све доказе у вези са насталим осигураним случајем које Осигуравач од њега затражи. Трошкове прибављања ових доказа сноси Осигуравач.

Ако Осигураник прими накнаду од лица које је по било ком основу одговорно за штету, Осигуравач има право да одбије тај износ од накнаде коју треба да плати Осигураннику на основу полисе осигурања.

Завршне одредбе

Члан 14.

Случајеви накнаде штете код вишеструког осигурања биће решавани у складу са Законом о облигационим односима.

Члан 15.

У случају спора поводом примене ових услова, надлежан је суд у Београду.

Члан 16.

Посебни услови објављују се на званичној интернет страни Осигуравача.

Ступањем на снагу ових Посебних услова престају да важе Посебни услови за добровољно здравствено осигурање („Службени лист Компаније“, бр. 13/11, 04/12 и 03/17).

Ова одлука ступа на снагу и примењује се даном објављивања у „Службеном листу Компаније“ 24.04.2020.

ОВО ИЗДАЊЕ УСЛОВА СЕ ПРИМЕЊУЈЕ ОД 24.04.2020.